

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 février 1893, à 1 heure

Par L. BRIDIER

Né à Clermont-Ferrand, le 10 juin 1866

RECHERCHES

SUR LE

RAPPORT DU POIDS DU FŒTUS

AU POIDS DU PLACENTA

Dans l'albuminurie et dans la syphilis

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
 { DELBET, VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 15 février 1893, à 1 heure

Par L. BRIDIER

Né à Clermont-Ferrand, le 10 juin 1866

RECHERCHES

SUR LE

RAPPORT DU POIDS DU FŒTUS

AU POIDS DU PLACENTA

Dans l'albuminurie et dans la syphilis

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { TILLAUX, professeur.
 { DELBET, VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	PETER.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	BALL.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	CHARCOT.
	TILLAUX.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISSAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJERINE	MARFAN	RETTÉRE	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

RECHERCHES
SUR LE
RAPPORT DU POIDS DU FOETUS
AU POIDS DU PLACENTA

Dans l'albuminurie et dans la syphilis

INTRODUCTION

En suivant le service de M. le professeur Pinard, qui chaque matin à sa visite examine avec grand soin les placentas des femmes accouchées la veille, nous avons été frappé des notions très intéressantes qu'il en tirait, arrivant à démontrer la plupart du temps que cet organe, par sa texture à la fois maternelle et fœtale, se trouvait être l'expression de l'état de santé de la mère et du fœtus, expression qui permet dans un grand nombre de cas de porter un diagnostic que l'examen de la mère ou du fœtus venait confirmer aussitôt. On arrive ainsi à mieux connaître les maladies qui frappent le fœtus dans l'œuf, le tuent, ou le font naître prématurément. En procédant ainsi on verra enfin disparaître du cadre nosologique les cha-

pitres intitulés : « Avortements à répétition, mort habituelle du fœtus » qui sous le simple énoncé des faits masquaient notre ignorance absolue des causes qui les produisaient.

M. le professeur Pinard ayant très souvent appelé notre attention sur le rapport qui existe entre le poids du fœtus et le poids du placenta, marqué le plus souvent par une augmentation de volume et de poids de ce dernier, dans la syphilis, nous avons voulu ajouter de nouveaux faits à ceux qui avaient été réunis par Corrêa Dias au sujet de cette affection, de façon à appuyer, à confirmer les résultats qu'il a obtenus.

Nous avons voulu, en outre, nous rendre compte des modifications qui pouvaient survenir dans le rapport du poids du fœtus ou poids du placenta dans l'albuminurie des femmes enceintes, surtout lorsque le placenta subit les si nombreuses et si fréquentes altérations maintenant bien connues, caractéristiques, par lesquelles on arrive à dépister non seulement l'albuminurie présente, mais encore l'albuminurie ancienne, alors qu'il ne reste plus de traces d'albumine dans les urines, et dont témoignent d'une façon bien nette le placenta « *truffé* » suivant l'expression de M. le professeur Pinard, placenta farci de ce que les Allemands ont appelé « *infarctus blancs* », accompagné d'un fœtus amaigri, émacié, « *rappe-
lant la physionomie de l'araignée* », suivant l'expression de notre maître.

Cherchant le rapport entre le poids du fœtus et celui du placenta dans l'albuminurie, il nous a fallu réunir tous les cas d'albuminurie de la grossesse, ceux qui s'ac-

compagnaient d'altérations placentaires et ceux dans lesquelles ces altérations faisaient défaut.

Nous avons pu établir à l'aide des données actuelles, permettant le diagnostic rétrospectif, le pourcentage vrai, le chiffre de la fréquence de cette affection chez la femme enceinte. Nous avons enfin pris à tâche de comparer les résultats obtenus sur le rapport qui existe entre le poids du fœtus et celui du placenta dans la syphilis, dans l'albuminurie ; nous avons pu constater que dans l'une et dans l'autre de ces affections ce rapport s'éloignait de la normale et conservait pour chacune d'elles une physionomie spéciale qui pourrait permettre de les différencier.

Avant d'entrer dans notre sujet nous devons exprimer ici nos sentiments de gratitude envers nos maîtres pour la bienveillance dont ils nous ont honoré et pour les excellentes leçons que nous avons puisées à leur enseignement.

Que MM. les professeurs Pinard, Verneuil, Laboulbène ; que M. le Dr Gaucher qui fut notre premier maître dans les hôpitaux, que MM. les Drs Peyrot, Besnier, Gérin-Roze, Jalaguier, Ricard, reçoivent l'hommage de notre reconnaissance.

Nous devons tout spécialement remercier M. le professeur Pinard dont nous avons suivi pendant longtemps à la Clinique Baudelocque les leçons si intéressantes ; c'est lui qui a été l'inspirateur de notre thèse et qui nous a autorisé à consulter les archives de la clinique. Que notre excellent maître veuille bien agréer nos remerciements pour ses excellentes leçons et pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne saurions non plus oublier M. le Dr Wallich, répétiteur à la clinique d'accouchements, sous la direction duquel nous avons entrepris notre travail et dont nous avons maintes fois mis à l'épreuve l'inépuisable complaisance.

DIVISION

- I. — Lésions placentaires de l'albuminurie.
- II. — Lésions placentaires de la syphilis.
- III. — Rapports des poids du fœtus aux poids du placenta dans l'albuminurie.
- IV. — Rapports des poids du fœtus aux poids du placenta dans la syphilis.
- V. — A. — Primipares albuminuriques avec lésions placentaires.
- B. — Multipares albuminuriques avec lésions placentaires.
- C. — Primipares albuminuriques sans lésions placentaires.
- D. — Multipares albuminuriques sans lésions placentaires.
- E. — Syphilis.
- VI. — Conclusions.

I

LÉSIONS PLACENTAIRES DE L'ALBUMINURIE.

Les anciens médecins ne connaissaient pas l'albuminurie de la grossesse, il faut arriver à Blackall, Bright (1827), Grégory (1831), Osborne (1835), Rayet (1840),

Blot (1849) pour trouver des recherches sérieuses à ce sujet. Ils signalaient l'albuminurie comme une cause prédisposante aux hémorrhagies puerpérales, ils avaient trouvé des foyers hémorrhagiques dans le cerveau, le foie, les reins, les poumons, ceux du placenta avaient passé inaperçus.

En 1838, Jacquemier, dans les *Archives de médecine*, étudiant les épanchements sanguins du placenta, établit trois variétés.

Dans la première variété il n'y a pas à proprement parler de foyer, le sang est infiltré dans un ou plusieurs lobes du placenta dont le tissu semble raréfié ; il est plus abondant sur quelques points où il forme de petits foyers remplis d'un fluide noirâtre qui prend dans quelques cas l'aspect d'une gelée peu consistante.

Dans la seconde variété le sang épanché se creuse une cavité irrégulière qui envoie des prolongements dans plusieurs directions ; les parties voisines sont infiltrées. Les foyers sont habituellement assez grands et communiquent souvent avec la surface externe du placenta qui offre une déchirure plus ou moins large et un décollement dans la partie correspondante ; ils se produisent de préférence dans le voisinage de la veine coronaire qui offre quelquefois une rupture communiquant avec le foyer. Lorsqu'ils correspondent au centre du placenta ils s'étendent facilement jusque sur sa face fœtale et s'ils ont des rapports avec le point où aboutit la tige funiculaire, on voit quelquefois un peu de sang imbiber dans une étendue variable les tissus qui entourent la veine et les artères ombilicales près de l'insertion du cordon. Ces foyers irréguliers peu-

vent être simples ou multiples, du même âge ou produits à des époques différentes.

La troisième variété décrite sous le nom d'*apoplexie placentaire* est la plus remarquable : les foyers sont nettement circonscrits et réguliers, alors même que l'épanchement paraît très récent ; ils sont ordinairement multiples et l'aspect de leur contenu annonce des formations successives. On en compte jusqu'à sept ou huit dans le même placenta et quelquefois une vingtaine, et d'avantage encore. Les caillots les plus considérables ne dépassent guère le volume d'un œuf de pigeon, d'autres ne sont pas plus gros qu'un grain de millet ou de chènevis, ou présentent un volume intermédiaire. Ils sont à des profondeurs inégales. Ces caillots commencent par la circonférence à se décolorer, de manière que, à une certaine époque, la cavité présente une pellicule blanche, mince, se séparant plus facilement du caillot que du tissu placentaire.

Plus tard Verrier, Bustamante (1868), Charpentier (1869), Duchamp (1880), en donnant une description détaillée mais sans aborder l'étiologie de ces lésions.

Chantreuil le premier dans une leçon professée à la clinique en 1879, et publiée dans la *Revue Médicale*, signale l'existence d'hémorrhagies placentaires chez des femmes albuminuriques et leur influence sur la marche de la grossesse et la santé du fœtus.

Dans une note communiquée au congrès de Strasbourg et publiée dans les *Arch. für Gyn.*, Fehling s'appuyant sur 5 observations, classe les lésions rénales de la mère parmi les causes de la mort habituelle du fœtus immédia-

tement après la syphilis. « Le placenta, dit-il, est plus petit que normalement, atrophie, son poids est toujours au-dessous de la moyenne. »

En 1885, en même temps que Fehling, M. le professeur Pinard eut l'occasion d'observer dans son service de l'hôpital Lariboisière un fait qui attira vivement son attention. Il s'agissait d'une femme primipare, albuminurique, enceinte de 6 mois, qui eut deux accès d'éclampsie et qui expulsa un fœtus mort et commençant à desquamier. Sous quelle influence s'étaient produits la mort du fœtus et le travail prématuré? M. Pinard montra à ses élèves ce qu'il avait déjà constaté.

La plupart des cotylédons étaient atrophies, blanchâtres, atteints de dégénérescence fibro-graisseuse; c'est à peine si dans toute la masse placentaire on pouvait trouver deux cotylédons sains en apparence.

Or, en les examinant de près à la coupe, on constate que l'un des deux est le siège d'une hémorrhagie récente, il est constitué par une sorte de coque d'apparence normale renfermant dans son intérieur une bouillie sangui-nolente que le grattage enlève aisément. Le fœtus a succombé à cette apoplexie placentaire qui a probablement amené l'expulsion de l'œuf.

A partir de ce moment M. Pinard continua ses recherches dont le résultat fut publié en 1887 dans la thèse inaugurale de M. Rouhaud, travail se basant sur 29 observations.

M. le professeur Tarnier dans le chapitre de son *Traité de l'Art des Accouchements* consacré à l'apoplexie placentaire, considère la néphrite albuminurique comme une

cause fréquente d'hémorrhagie placentaire et de souffrance du fœtus.

Enfin récemment Cagny, un élève de M. Pinard, dans sa thèse inaugurale, étudiant les hémorrhagies placentaires de l'albuminurie, signale la possibilité par le seul examen du placenta de faire le diagnostic rétrospectif d'albuminurie méconnue.

A cette heure, grâce à ces nombreux travaux, grâce à M. le professeur Pinard qui plus qu'aucun autre a contribué à établir ce chapitre de la pathologie de la grossesse, les lésions albuminuriques du placenta sont bien connues.

Le placenta albuminurique pressé entre les doigts, présente au niveau des parties malades, dans l'épaisseur des cotylédons, des masses indurées dont la consistance ferme, tranche sur la molesse du tissu placentaire sain. Si l'on fait passer une coupe au niveau de ces points indurés, on y découvre un caillot sanguin contenu dans des cavités de forme et d'étendue variable, soit que la cavité soit irrégulière, anfractueuse, soit que le sang épanché soit contenu dans des foyers nettement circonscrits de forme ronde ou ovale. Ces foyers sont situés le plus ordinairement à égale distance des deux faces du placenta en nombre variable, le plus souvent de quatre à cinq.

Leur étendue dépasse rarement trois à quatre centimètres, d'autres sont très petits, mesurant cinq à dix millimètres dans leur plus grand diamètre.

Ce contenu du foyer est constitué par un caillot sanguin, de couleur rouge plus ou moins foncée, allant quelquefois jusqu'à simuler la dégénérescence mélanique, on

croirait voir un placenta « truffe », suivant l'expression de M. le professeur Pinard.

Le caillot a la consistance de la gelée de groseille et n'adhère que faiblement à la paroi des foyers. Les membranes sont rarement le siège de foyers hémorrhagiques. On a observé pourtant des hématomes situés entre la caduque et le chorion. Le peu de vascularisation des membranes explique suffisamment la rareté de leurs lésions hémorrhagiques.

Les foyers anciens présentent des caractères différents et tenant à leur mode d'évolution. Ou bien le caillot sanguin se rétracte et finit même par disparaître entièrement, on trouve alors sur le cotylédon placentaire siège de l'hémorrhagie et sur sa face interne une dépression plus ou moins accusée et tenant à la rétraction des parois du foyer, ou bien, et c'est le cas le plus fréquent, le caillot peut se transformer en bloc fibrineux. Quand cette transformation est complète, la distinction d'avec la dégénérescence fibro-graisseuse est difficile sans le secours du microscope.

Ajoutons que l'on a nettement démontré le siège de ces altérations et leur évolution dans les parties de caduques qui pénètrent dans le placenta. Ce n'est que secondairement que les villosités voisines subissent différentes altérations (Rossier, Fehling, Stehffeck).

Ajoutons encore que ces hémorrhagies d'intra-placentaires peuvent devenir extra-placentaires, décoller le placenta et donner lieu à des accidents divers : accouchement prématuré, mort du fœtus, hémorrhagies très redoutables. Les preuves anatomiques en ont été établies

par MM. Winter, Pinard et Varnier et consignées dans la thèse d'un élève de M. le professeur Pinard, Rousseau-Dumarcet (1).

L'influence de ces altérations placentaires est des plus manifestes, comme nous le verrons plus loin, soit qu'elles produisent l'avortement, soit que le fœtus naisse vivant soit prématurément, soit à terme, mais avec une vitalité moindre et un poids inférieur à celui que présente un autre fœtus à une même période d'une grossesse normale.

II

LÉSIONS PLACENTAIRES DE LA SYPHILIS.

L'avortement et l'accouchement prématuré sont très fréquents dans la syphilis. Astruc en a été frappé le premier (1796), plus tard Murat (1820) remarqua sur le placenta de femmes syphilitiques, des altérations, des petites taches noirâtres, signes de décollement et d'hémorrhagie que (Dubois), 1850, déclare être dues à une lésion de la circulation placentaire. La même année Lebert trouve chez des femmes atteintes de syphilis constitutionnelle des granulations jaunes d'apparence tuberculeuse en quantité considérable entre les feuillets de l'amnios, présentant l'aspect de tubercules miliaires.

Slavjanski, Mackensie, signalent une couche fibreuse d'apparence grasseuse entre les membranes. Simpson,

1. Rousseau-Dumarcet. Thèse Paris, 1892.

tout en admettant les altérations de l'œuf et des membranes, l'anémie du placenta provenant de fœtus morts de péritonite d'origine syphilitique, croyait que ces troubles du tissu placentaire étaient la conséquence et non la cause de la mort du fœtus.

Virchow le premier présente ces lésions placentaires comme étant d'origine syphilitique. Il divise les enveloppes de l'œuf en deux parties, division qui lui fait admettre deux formes d'endométrite vénérienne : forme *placentaire* et forme *déciduale*. Suivant qu'elle est diffuse ou circonscrite, cette endométrite produit ou bien des épaisissements et des indurations fibreuses qui déterminent l'atrophie des villosités, ou bien des proliférations présentant parfois les caractères des papules et des condylomes, avec l'aspect de tumeurs circonscrites partant du placenta maternel et pénétrant dans le placenta fœtal.

Fraenkel en 1873 affirme que :

1° Le placenta peut devenir malade par syphilis.

2° La syphilis placentaire accompagne exclusivement la syphilis héréditaire et congénitale du fœtus.

3° Le siège des lésions sur le placenta varie suivant que la mère restant indemne, le virus syphilitique est communiqué directement au fœtus par le sperme, ou bien que la mère elle-même ait été contaminée.

Dans le premier cas, les villosités du placenta dégénèrent dans leur partie fœtale, les cellules et l'épithélium qui revêt les villosités se remplissent de granulations l'épaississement des parois amène l'oblitération des vaisseaux.

Dans le second cas, la mère étant syphilitique, soit que

la contamination ait eu lieu avant la grossesse, soit au moment de la conception, soit alors qu'elle était déjà enceinte, le placenta peut présenter l'endométrite placentaire gommeuse.

De Sinéty examinant le placenta de femmes syphilitiques trouve une hypertrophie considérable des villosités qui avaient doublé ou triplé de volume, leur dégénérescence fibreuse assez avancée par places pour que l'on ne reconnût pas de traces des vaisseaux, et la présence d'ilôts caséeux, n'osant affirmer que ces lésions soient caractéristiques de la syphilis et qu'on les rencontre uniquement dans cette affection. En effet, dans d'autres cas de syphilis il n'a pas rencontré ces lésions.

Les altérations des membranes ne sont pas constantes, on a noté assez fréquemment une exagération de la quantité du liquide amniotique, cette hydramnios serait souvent la conséquence de lésions des vaisseaux ombilicaux ou d'altérations du foie.

En résumé, ainsi que l'a indiqué M. le Dr Wallich dans une conférence récente, encore inédite, faite dans le service du professeur Fournier, à l'hôpital Saint-Louis, au point de vue histologique rien n'est établi, la multiplicité des descriptions le prouve à elle seule.

La plupart, en outre, ont été faites à une époque où les lésions placentaires de l'albuminurie étaient encore inconnues, et ces lésions ont pu être prises pour des lésions syphilitiques.

Mais si au point de vue histologique la syphilis placen-

taire est encore à établir au point de vue macroscopique, ainsi que le fait constater depuis longtemps M. Pinard, le plus souvent le placenta syphilitique est hypertrophié, volumineux, d'aspect blanchâtre, mou et friable.

La pression des doigts y laisse de profondes dépressions, de vrais *trous* ou bien le réduit en fragments. Son aspect rappelle celui du *hachis de porc*. Les cotylédons sont séparés par de profonds sillons.

Nous démontrerons tout à l'heure que ce placenta est beaucoup plus lourd que le placenta provenant d'une femme non syphilitique. Et de plus, ainsi que le fait remarquer M. Pinard, si ce placenta est hypertrophié, il ne présente pas ces altérations gommeuses dont on a parlé si souvent.

Lorsque le médecin se trouvera en présence d'un placenta présentant l'aspect énoncé plus haut, et d'un poids au-dessus de la normale, hors de proportion avec celui du fœtus, il devra se demander quelle est la conduite à tenir au point de vue de l'allaitement, du traitement de la mère et celui de l'enfant, car ainsi que le faisait remarquer M. le Dr Wallich dans la conférence citée plus haut, « l'enfant syphilitique à sa naissance présente les proportions et la taille de son âge, même s'il naît mort et macéré. S'il naît vivant et à terme, le plus souvent grâce au traitement de la mère, ou en dehors de tout traitement, le fœtus est bien développé, c'est un bel enfant, rien ne permet de prévoir qu'il va succomber peut-être subitement, sans raisons anatomiques connues, dans les premiers jours qui suivront sa nais-

« sance, ou bien 15 jours, trois semaines plus tard, cet
« enfant va montrer des accidents secondaires, va cesser
« d'augmenter, va diminuer, maigrir, se rider, prendre
« alors cet aspect du *petit vieux*. Mais il ne présente pas
« cet aspect à sa naissance, la disproportion entre le poids
« du fœtus et le poids du placenta tient à l'augmenta-
« tion de cet organe et non à la diminution du fœtus, et
« le nouveau-né syphilitique paraît tirer beaucoup plus
« de son propre empoisonnement que des lésions de son
« placenta, ce qui a été si bien nommé son *inaptitude à*
« *la vie* ».

III

RAPPORTS DU POIDS DU FŒTUS AU POIDS DU PLACENTA DANS L'ALBUMINURIE.

L'albuminurie des femmes enceintes s'accompagnant d'hémorrhagies placentaires est une cause fréquente, soit de mort du fœtus, soit d'accouchement prématuré, et doit être rangée immédiatement après la syphilis. Il était donc intéressant de savoir dans quelles proportions ont lieu, la mort du fœtus d'une part, l'accouchement prématuré

d'une autre part, ainsi que le rapport qui existe entre le poids du fœtus et le poids du placenta dans ces différents cas.

Nous avons pour cela consulté les registres de la clinique Baudelocque, années 1890, 1891, 1892, soit un total de 3511 observations.

Nous avons trouvé : 250 albuminuriques, dont 103 albuminuriques avec lésions placentaires se divisant en 64 primipares et 39 multipares ; 147 albuminuriques sans lésions placentaires dont 95 primipares et 52 multipares.

Soit 41,2 pour 100 de femmes albuminuriques présentant des lésions placentaires et 53 pour 100 de femmes albuminuriques où ces lésions font défaut.

Il est à remarquer, et nous ne faisons que confirmer un fait déjà connu, que la primiparité entre pour une large part dans les causes prédisposantes de l'albuminurie des femmes enceintes.

Parmi les 103 femmes présentant des lésions placentaires, 18 fois nous avons trouvé des fœtus morts et macérés, et 12 fois des fœtus qui meurent dans les premiers jours de leur naissance.

Lorsque ces lésions faisaient défaut, 12 fois nous avons trouvé des fœtus qui meurent dans les premières heures ou les premiers jours de leur naissance et 2 fois des fœtus morts-nés.

85 femmes sur 147 sans lésions placentaires ont accouché à terme, tandis que 47 seulement sur 103 pré-

sentant des altérations placentaires ont atteint cet âge de la grossesse.

Il est donc manifeste que si l'albuminurie a une action sur le développement du fœtus, sur son expulsion prématurée ou sa débilité s'il est expulsé à terme, cette action est plus considérable lorsque le placenta présente des foyers hémorrhagiques et souvent le fœtus meurt par défaut de nutrition dû au *farcissement* du placenta par des infarctus blancs.

Le poids du fœtus est du reste presque toujours au-dessous de la normale, ainsi que le poids du placenta.

Sur 47 observations d'accouchements à terme nous avons trouvé pour le fœtus un poids moyen de 3105 grammes et pour le placenta 532 grammes, soit un rapport de 5,8, alors que Zentler donne comme poids moyens 3255 et 525, soit un rapport de 6 2. (1).

De 8 mois à 8 mois 1/2, nous avons trouvé pour le fœtus 2255 et pour le placenta 431 soit 5,2 (2).

De 7 mois à 7 mois 1/2, poids moyen du fœtus 1801, du placenta 325 soit 5,6 (3).

A 6 mois 1/2 nous n'avons trouvé que deux observations donnant une moyenne de poids de 915 grammes pour le fœtus et de 250 pour le placenta (4).

A 6 mois, une seule observation où le fœtus pesait

1. Un mort-né, 5 morts peu de jours après.

2. 35 observations, 8 mort-nés, 2 morts peu de jours après.

3. 15 observations, 9 mort-nés, 2 morts peu de jours après.

4. 2 observations, 1 mort-né, 1 enfant en assez mauvais état à sa sortie de la Clinique.

1415 grammes et le placenta 290 grammes. Enfant mort un jour après sa naissance.

Nous n'avons trouvé aucun cas de grossesse gémellaire.

Femmes albuminuriques sans lésions placentaires. A terme le poids moyen du fœtus est de 3152 grammes et celui du placenta de 501 grammes, soit 6,2.

De 8 mois à 8 mois $1/2$, fœtus 2742, placenta 473, soit 5,8.

De 7 mois à 7 mois $1/2$, fœtus 1957, placenta 443, soit 4,4.

A 6 mois $1/2$, 1400 et 400, soit 3,5.

A 6 mois, 1100 et 450, soit 2,4.

Les poids, on le voit, sont peu différents de ceux que l'on trouve dans les grossesses normales.

Nous avons relevé 7 cas de grossesses gémellaires donnant comme poids moyen des deux fœtus 4483, le poids du placenta étant de 896.

En considérant non plus l'âge de la grossesse mais les poids du fœtus nous avons obtenu les résultats suivants :

Femmes albuminuriques avec lésions placentaires.

De 1.000 à 2.000 (25 observations). Poids moyen du fœtus 1493; poids moyen du placenta 308, soit un rapport de 4,7.

De 2.000 à 2.500 (20 observations). Poids moyen du fœtus 2.259; du placenta 429. Rapport 5,2.

De 2.500 à 3.000 (29 observations). Poids moyen du fœtus 2.646, du placenta 470. Rapport 5,8.

De 3.000 à 3.500 (13 observations). Poids moyen du fœtus 3.184, du placenta 540. Rapport 5,8.

De 3.500 à 4.000 (9 observations). Poids moyen du fœtus 3.675, du placenta 581. Rapport 6,2.

4.000 et au-dessus (4 observations). Poids moyen du fœtus 4.287, du placenta 765. Rapport 5,4.

Femmes albuminuriques sans lésions placentaires.

De 1.000 à 2.000 (5 observations), 1569-378. Rapport 4,1.

De 2.000 à 2.500 (15 observations) 2366-439. Rapport 5,3.

De 2.500 à 3.000 (32 observations), 2.734-450. Rapport 6,2.

De 3.000 à 3.500 (37 observations), 3.188-508. Rapport 6,2.

De 3.500 à 4.000 (16 observations), 3.649-545. Rapport 6,6.

Ces chiffres sont à rapprocher de ceux trouvés par Zentler (1) pour la grossesse normale :

2.000 à 2.500. F. 2.308. P. 450.

2.500 à 3.000. F. 2.776. P. 479.

3.000 à 3.400. F. 3.307. P. 546.

3.500 à 4.000. F. 3.698. P. 590.

En résumé le poids d'un placenta présentant les altérations de l'albuminurie, représente le 5°,8 du poids du fœtus à terme et de un 5°,2 à un 5°,6 du poids d'un fœtus de 7 mois à 8 mois 1/2.

1. Zentler. Thèse doctorat. Paris, 1891.

IV

RAPPORTS DU POIDS DU FŒTUS AU POIDS DU PLACENTA DANS LA SYPHILIS.

De toutes les causes qui peuvent produire l'avortement ou l'accouchement prématuré, la syphilis vient en première ligne. Voici les chiffres donnés par M. le professeur Fournier : « Dans l'espace de quelques années 97 femmes en état de grossesse ont été admises à Lourcine. Sur ce nombre 44 sont sorties de l'hôpital encore enceintes et nous ignorons ce qui est advenu de leur grossesse ultérieurement. Mais ce que nous savons c'est que sur un chiffre de 53 femmes syphilitiques dont la grossesse s'est terminée sous nos yeux. 17 ont avorté en différents termes, 8 ont accouché prématurément, 28 sont accouchées à terme. Ainsi sur 53 grossesses 28 seulement sont arrivées à termes et 25 (25 remarquez bien ce chiffre, *près de la moitié*) se sont terminées, soit par accouchement prématuré, soit par avortement. »

C'est donc une cause puissante d'avortement.

Au contraire de l'albuminurie où les lésions placentaires s'accompagnent d'une diminution de volume et de poids, dans la syphilis le placenta est hypertrophié, plus lourd qu'à l'état normal. Dans bien des cas le défaut de parallélisme entre le poids du placenta et celui du fœtus éveillera l'attention de l'accoucheur et un examen approfondi de la parturiente, du fœtus, du placenta, ne tardera pas à

lui indiquer la cause, soit de l'avortement, soit de l'état du fœtus.

Nous avons relevé sur les registres de la clinique Baudelocque 109 observations de syphilis sur 3511 accouchements, soit une proportion de 3, 1 pour cent.

Sur 47 observations d'accouchements à terme (10 enfants morts) la moyenne du poids a été trouvée de 3052, la moyenne du placenta étant de 665, soit un rapport de 4, 5.

Ainsi au lieu de représenter, comme dans les grossesses normales, le sixième environ du poids du fœtus, ici le placenta en représente le quart.

De 8 mois à 8 mois $1/2$ (27 observations sur lesquelles 13 enfants mort-nés) la moyenne du poids du fœtus est de 2294, la moyenne du poids du placenta 595, soit 3, 8.

De 7 mois à 7 mois $1/2$ (28 observations, 27 mort-nés). La moyenne du poids du fœtus était de 1554, la moyenne du poids du placenta 512. Rapport 3.

De 4 mois à 6 mois $1/2$ nous n'avons pu trouver que 7 observations (sur lesquelles 6 mort-nés) la moyenne du poids du fœtus était de 940, celle du placenta de 304 ; soit un rapport de 3,1.

En faisant la moyenne par échelles de poids nous avons obtenu les résultats suivants :

Au-dessous de 1.000 (10 observ.). Fœtus 728. Placenta 308. rapport 2,3.

De 1.000 à 2.000 (29 observ.) Fœtus 1613. Placenta 473. Rapport 3, 8.

De 2.000 à 2.500 (21 observ.). Fœtus 2230. Placenta 636. Rapport 3,5.

De 2.500 à 3.00 (17 observ.). Fœtus 2714.

De 3.000 à 3.500 (23 observ.). Fœtus 3156. Placenta 715.

Rapport 4,3.

De 3.500 à 4.000 (5 observ.). Fœtus 4,6.

Le placenta syphilitique représente donc environ le quart du poids du fœtus, alors que le placenta normal représente un sixième.

A. — Principales-albuminuriques avec altérations placentaires.

Nombres	Noms	Signes d'albuminurie	Constatation de l'albumine.	Terme	Poids Enf. Plac.	Altérations placentaires.	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
								Enfant	Mère
1	Eugénie D...	Douleurs de rein, céphalalgie.	Au début du travail.	9	2260	2 foyers anciens vers le centre.	14 jours après il y a encore 0, 50.	Bon.	Bon.
2	Clémence L.	Céphalalgie, éblouissement, épistaxis.	5 jours avant l'accouchement.	8 1/2	2430	Quelques foyers anciens.	22 jours après il y a encore 0, 50.	Bon.	Bon.
3	Louise C...	»	3 jours avant l'accouchement.	8 1/2	2750	3 foyers récents et quelques caillots noirâtres.	»	Bon.	Bon.
4	P...	Hémorrhagie au 6 ^e mois, œdème sus-pubien, douleur de rein, troubles de la vue depuis le 7 ^e mois. 6 attaques d'éclampsie à son entrée.	Au début du travail.	9	3310	Quelques petits foyers hémorrhagiques.	3 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
5	Juliette R...	»	Au début du travail.	8 1/2	1830	2 foyers anciens. 2 foyers récents.	14 jours après l'accouchement il y a encore 0, 45.	Bon.	Bon.
6	Angèle R.	»	Au début du travail.	9	3610	Quelques foyers récents.	11 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
7	B...	Céphalalgie, œdème malléolaire, douleur épigastrique; 3 j. av. l'acc. d'éclampsie.	4 jours avant l'accouchement albumine 7 grammes.	7	4100	Dégénéré presque en totalité mince fibré, criblé de petits foyers.	7 jours après l'accouchement.	Mort-macéré.	Bon.
8	Marie L...	Céphalalgie épistaxis.	23 jours avant l'accouchement.	8	4560	4 foyers anciens, 1 récent gros comme une petite noix Semis de granulation.	3 jours après l'accouchement a encore 0, 25.	Mort le 3 ^e jour.	Bon.
9	Alexandrine D...	Depuis 2 mois œdème des jambes, à l'entrée œdème de la grande lèvre droite.	12 jours avant l'accouchement albumine 5 grammes.	8	4730	Au centre 4 foyers dont 2 plus anciens 4 petits foyers plus anciens pénétrant peu le tissu placentaire.	Trace d'albumine 48 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
10	B...	Arrive en brancard avec morsures de la langue. Eclampsie.	5 jours avant l'accouchement.	6	4415	Une extrémité placentaire est recouverte de caillots. Cette portion répond à la zone où les membranes ont le moins de longueur. A l'extrémité opposée le tissu placentaire est atrophié avec noyaux fibreux. A peine 1/3 du placenta est sain.	40 jours après l'accouchement.	Mort à 4 jour.	Bon.
11	W...	Très mauvais état général.	2 jours après l'accouchement.	9	2820	Nombreux foyers anciens et récents.	»	Mort 7 ^e jour.	Morte 16 ^e j. de folie Bright.

A. — Principales-albuminuriques avec altérations placentaires (Suite).

Numéros	Noms	Signes d'albuminurie	Constatation de l'albumine	Terme	Poids Enf. Plac.	Altérations placentaires	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
								Enfant	Mère
12	Anna D...	Depuis 1 mois cedème des jambes, céphalalgie depuis 4 jours troubles oculaires.	Au début du travail albumine 8 grammes.	8	1200	250	Trace d'albumine 1 mois après l'accouchement.	Mort-né.	Bon.
13	Marie R...	Depuis 8 jours cedème des jambes, épistaxis purpura, l'urine se prend en masse.	Au début du travail.	8 1/2	2720	500	11 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
14	Clémence C...	»	5 jours avant l'accouchement.	9	2820	400	12 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
15	S...	2 gr. albumine la veille de l'accouchement.	Au début du travail.	8 1/2	2550	450	24 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
16	Lucie C...	»	4 jours avant l'accouchement.	8 1/2	2670	480	4 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
17	Adeline R...	»	Début du travail.	9	2750	420	23 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
18	Adrienne A...	Depuis 2 mois cedème des membres inférieures.	Début du travail.	8	2950	570	15 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
19	Louise O...	»	Début du travail.	9	3950	670	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
20	Jeanne Z...	»	2 jours avant l'accouchement.	7	4530	470	5 jours après l'accouchement.	Mort macéré.	Bon.
21	Augustine G...	Cedème malléole depuis le 3 ^e mois depuis 8 jours troubles de la vue, éblouissements, douleur épigastrique.	Début du travail.	9	2950	415	24 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
22	Elise D...	»	38 jours avant l'accouchement.	7 1/2	1960	300	33 jours après l'accouchement.	Mort macéré.	Bon.
23	Louise V...	»	Début du travail.	8 1/2	3600	680	8 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
24	Elisa B...	Nausées, vomissements céphalalgie	Début du travail.	9	3050	400	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
25	Charlotte V...	»	Début du travail.	7 1/2	2810	520	Lendemain de l'accouchement.	Bon.	Bon.
26	Marie M...	»	Début du travail.	8	2120	410	9 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.

A. — *Primipares-albuminuriques avec altérations placentaires* (Suite).

Numéros	Noms	Signes d'albuminurie	Constatation de l'albumine	Terme	Poids Enf. Plac.	Altérations placentaires	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
								Enfant	Mère
27	Louise D...	Edème il y a 15 jours, aphasie, agraphie, cachexie.	Début du travail.	8	2170 400	Plusieurs foyers anciens, d'autres présentant à la coupe du sang noir comme de la poix.	18 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
28	Clotilde C.	»	Début du travail.	9	2800 505	Altérations albuminuriques	8 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
29	Marie M...	»	24 jours avant l'accouchement.	9	3420 650	Quelques foyers anciens et récents.	11 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
30	Suzanne P.	Epistaxis-hémorrhagie au début du travail.	Début du travail.	7 1/2	4420 270	A la face interne, 2 dépressions, 2 foyers anciens, foyers récents pas très nets, le placenta est plus noir à leur niveau. Type de placenta truffé.	6 jours après l'accouchement.	Mort-né	Bon.
31	Eugénie C.	Edème des membres inf. et de la vulve, menace d'éclampsie, flots d'albumine. Eclampsie pendant l'expulsion.	2 jours avant l'accouchement.	7 1/2	4810 380	3 foyers. Type de placenta truffé.	»	Bon.	Morte 4 jours apr. l'accouch.
32	J. B...	»	Début du travail, 3 grammes.	8 1/2	2280 480	Foyers anciens et récents.	19 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
33	M...	»	17 jours avant l'accouchement.	9	2830 410	Foyers récents.	Lendemain de l'accouchement.	Bon.	Bon.
34	Eglantine M...	Cardiaque.	Début du travail.	8	1670 270	Placenta albuminurique.	»	Mort-né	Morte 5 jours apr. l'accouch.
35	Louise L...	Edème des jambes et des paupières.	5 jours avant l'accouchement.	?	2090 600	Petits foyers récents.	?	Bon.	Morte 8 jours après.
36	Joséphine V...	»	Début du travail.	9	3290 530	Sur la face interne, semis de petites granulations. Un foyer comme une noisette, quelques petites communes lentilles.	16 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
37	S...	15 attaques le jour de l'accouch. avant, 3 après.	Début du travail.	8	4500 320	Foyers anciens au centre, récents à la périphérie.	»	Mort-né	Morte le lendemain.
38	Eugénie E...	La veille de l'accouch. 7 gr. albumine.	10 jours avant l'accouchement.	7	2850 410	Quelques foyers récents.	»	Morte 5 h. j. après d. néphr. doub.	Bon.
39	P...	Epistaxis, étourdissement.	Début du travail, 4 gr. 49 jours avant l'accouchement.	9	4230 820	»	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
40	Angèle M...	Albumine lors du 1 ^{er} examen.	»	9	2920 500	Cercle fibro-graisseux tout autour du placenta.	»	Bon.	Bon.

A. — Primipares-albuminuriques avec altérations placentaires (Suite).

N°	Noms	Signes d'albuminurie	Constatation de l'albumine	Terme	Poids Enf. Plac.	Altérations placentaires	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
								Enfant	Mère
41	S...	»	A son entrée 4 atta- ques d'éclampsie. Nuage. Plus tard 0,50.	8	4500	Un foyer comme une noisette, quelques petits. Dégénérescence calcaire à la coupe, petits foyers ré- cents.	»	Mort-née.	Morte 3 h. après Bon.
42	Adélaïde A...	Gedème des membres inf. et paroi abdom.	»	9	4350	»	49 jours après en- core un peu d'al- bumine.	Bon.	Bon.
43	Augustine G...	Gedème malléolaire dès le 3 ^e mois. Troubles de la vision. Etourdissement.	A son entrée, 7 gr. 9 albumine.	9	2950	Quelques petits foyers hémorragiques récents à la partie périphérique du Placenta.	2 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
44	Louise C...	Céphalée. Troubles de la vulve. Douleur épigas- trique.	A son entrée, au dé- but du travail.	8	2210	Placenta albuminurique.	10 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
45	Maria D...	»	»	7 1/2	4940	Foyers anciens. Placenta altéré, dans une grande par- tie de son étendue. Placenta truffé.	»	»	Bon.
46	Honorée G...	»	Avant l'accouchement 1 gr. 50.	8 (?)	1410	»	13 jours après il y a encore 1 gr. 4 jours après l'ac- couchement.	Mort le neuv. jour Bon.	Bon.
47	Denise J...	»	Début du travail.	8 1/2	2530	Noyaux fibro-graisseux. Foyers anciens et récents. 4 foyers anciens du volu- me d'une noisette.	18 jours après il y a encore 0,15. Après l'accou- chement.	Enf. mort qq. j. apr. Bon.	Bon.
48	Ernestine B...	Troubles de la vue. Gedème depuis 1 mois.	A son entrée, au dé- but du travail.	9	2880	Anciens foyers très nom- breux.	»	Bon.	Bon.
49	Désirée L...	»	Début du travail.	9	2240	Foyers récents.	5 jours après l'ac- couchement.	Bon.	Bon.
50	Héloïse B...	Douleurs épigastriques.	A son entrée grande quantité d'albumine. Pas d'albumine à l'entrée.	9 (?)	2480	Foyers anciens.	»	Mort 3 j. après Bon.	Bon.
51	Louise N...	»	20 jours avant l'ac- couchement.	8	1530	»	8 jours après.	Bon.	Bon.
52	Marie L...	Vomissements, céphal.	»	8	2280	12 foyers anciens.	»	Bon.	Bon.
53	Marie A...	Etourdis. Gedème mal- léolaire.	A son entrée, début du travail.	8 (?)	2080	Foyers anciens, 2 foyers récents.	9 jours après.	Bon.	Bon.
54	Marie H...	»	Début du travail.	9	2800	Placenta albuminurique.	Après l'accou- chement.	Mort ma- céré. Bon.	Bon.
55	Jeanne O...	»	Début du travail.	7	4580	Lésions anciennes.	3 jours après l'ac- couchement.	Bon.	Bon.
56	Marie M...	»	Début du travail, à son entrée.	9	2500	1 Foyer ancien lésions peu marquées.	»	Bon.	Bon.

A. — Primipares-albuminuriques avec altérations placentaires (Suite).

Numéros	Noms	Signes d'albumine	Constatacion de l'albumine	Terme	Poids { Edt. Plac. }	Altérations placentaires	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
								Enfant	Mère
57	Marie L...	»	A son entrée 10 gr.	8	4395	Foyers hémorrhagiques anciens.	»	Mort-né	Morte 3 j. après.
58	Marie F...	Vomissements. Œdème.	A son entrée.	9	3150	4 noyaux fibreux sur le bord, 2 foyers anciens quelques récents.	17 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
59	Rose P...	»	26 jours avant 3 gr.	8	2540	Foyers anciens très nombreux. Placenta commençant à se scléroser.	12 jours après il y a encore 0,50 d'albumine.	Bon.	Bon.
60	Mélanie G...	Perte de sang pendant 8 jours n'a plus senti remuer l'enfant.	A son entrée.	7 1/2	1145	Foyers anciens.	4 jours après.	Mort-macéré.	Bon.
61	Joséphine M...	Œdème des membres inf. et des paupières. Céphalalgie.	A son entrée.	8 1/2	2490	Plusieurs foyers anciens et d'autres plus récents. Placenta truffé.	13 jours après.	Bon.	Bon.
62	Marie P...	»	1 jour avant.	8 1/2	2840	1 foyer récent.	3 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
63	Ernestine D...	»	14 jours avant 1 gr.	8 1/2	2080	1 foyer ancien.	38 jours après encore 0,15.	Bon.	Bon.
64	Marthe B.	»	3 jours avant 1 gr.	9	2860	Quelques cotylédons atrophiés. 2 foyers.	8 jours après.	Bon.	Bon.
65	Louise A...	Œdème malléolaire persistant.	A son entrée.	8 1/2	2290	Foyers anciens, foyers de tous les âges. Placenta truffé.	8 jours après.	Bon.	Bon.

B. — Multipares. Albuminurie avec lésions placentaires.

Nombres	Noms	Partie	Accouchements antérieurs	Signes d'albuminurie	Constatacion de l'albumine	Terme	Poids		Altérations du placenta	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
							Enfant	Placenta			Enfant	Mère
1	P...	2	1 acc. à terme, enfant vivant.	Epistaxis, étourdis.	20 j. avant l'acc.	9	4220	820	Quelques foyers réc.	»	Bon	Bon
2	Louise B...	5	4 acc. à terme, par sommet.	Cédème de la paroi abdominale et de la grande fèvre droite.	19 j. avant 6 gr. 50	8	4920	420	Quelques foyers anc.	18 jours apr. l'acc. albumine 2 gr.	Bon	Bon
3	L...	5	2 gros. nor. 2 f. c.	»	2 jours avant l'acc.	9	2340	300	Quelques foyers anc.	»	Bon	Bon
4	R...	3	2 acc. nor à terme	Céphalalgie.	18 j. avant l'acc.	9	3070	450	Au milieu existe une portion sans cotylédons. Une partie beaucoup plus épais. présente en son cent. un foyer ancien gros comme une noix.	»	Bon	Bon
5	Marie P...	2	1 acc. à terme	Etourdissements.	Début du travail	7	4030	310	Quelques foyers anc.	3 j. après l'accouch.	Mort 1 h. ap. sa nais	Bon
6	Elise V...	3	2 acc. à terme	»	13 j. avant l'acc.	9	2640	520	Cotyl. dégénérés, quelques foyers anc. et récents.	2 j. après l'accouch.	Bon	Bon
7	Adelaïde A..	2	Avort. de 3 mois	Depuis 3 mois cédème des membres inf. et de la paroi abdom.	Début du travail	9	4350	710	Dégénér. calcaire quelques foyers réc.	19 jours après il y a encore 0,20.	Bon	Bon
8	Marie M...	3	2 faus. couches 4 mois et 2 mois.	»	2 j. avant l'acc.	9	3750	530	A la circ. et au cent. quelques foyers anc.	2 j. après l'accouch.	Bon	Bon
9	Pauline A...	7	3 m. enf. mort-nés 4 f. c. 4 gr. gem.	»	49 j. avant l'acc.	9	3360	600	Un foyer ancien.	5 j. après l'accouch.	Mort de conv le 4 ^e j.	Bon
10	Clotilde B...	6	3 acc. à terme.	Céphalalgie	Début du travail	9	3020	500	Quelques petits noyaux grasseeux.	6 j. après l'accouch.	Bon	Bon
11	Antoine R..	2	Fausse couche 5 mois.	14 j. avant l'autre, troubles de la vue, d'alb. longtemps cédème des membres inf. et des paupières	Enorme quantité d'alb. longtemps avant l'accouch.	7 1/2	1650	290	La moitié d'un cotyléd. isolé est atteint de dégén. albumin.	12 jours après l'accouchement il y a encore de l'album.	Mort-né	Bon

B. — Multipares — Albuminurie avec lésions placentaires (suite).

Numéros	Noms	Partie	Accouchements antérieurs	Signes d'albuminurie	Constatacion de l'albumine	Terme	Poids		Altérations et placenta	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
							Enfant	Placenta			Enfant	Mère
12	Marie H...	2	1 accouchement prématuré à 9 mois	»	4 j. avant l'ac.	9	2030 440		Noyaux fibreux sur tout autour de l'insertion du cordon. Anciens foyers.	4 jours après l'accouchement.	Mort de conv. le 3 ^e j.	Bon
13	Marcé R...	2	1 f. c. de 6 m. 1/2 enfant mort.	Hémor. nombreuses	Début du travail	7	4030 480			»	Mort-né	Morte le lendemain
14	Marie C...	2	»	Gedème des jambes sus-pubien.	Début du travail	9	3250 530		Sur la face interne, dépression produite par un caillot dégén.	2 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
15	F...	6	5 grossesses normales.	Vomissements, épistaxis pupura.	Début du travail	7	950 200		Foyers anc. et réc.	7 j. après l'accouchement.	Mort-né	Bon
16	Marie C...	40	3 f. c. à 3, 4, 5 m. 6 acc. normaux.	»	Début du travail	9	2610 500		Foyers anc. et réc. sur tout à la circonf.	7 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
17	Jeanne D...	8	3 f. c. de 6, 4, 2 1/2 4 à terme.	»	Début du travail	9	1670 300		Foyers anc. très nombreux ayant détruit la majeure partie du placenta.	14 jours après l'accouchement.	Mort-né	Bon
18	H...	2	1 accouchement enfant chétif.	Céphalal., vomiss. maux de reins.	Longt. av. l'ac.	9	3710 670		Quelques foyers réc.	87 j. apr. la constal.	Bon	Bon
19	Pauline M...	3	2 à terme enf. viv.	»	7 j. avant l'ac.	8 1/2	2490 530		Foyers anciens.	Après l'accouchement.	Bon	Bon
20	Clarisse B.	2	2 f. c. de 6 mois.	Ced. des memb. inf.	30 j. avant 1 gr.	9	2870 600		Nombreux foy. anc.	20 jours après.	Bon	Bon
21	Henriette D.	8	2 gr. pén. 2 f. c.	»	1 mois avant	9	3140 440		Foy. anc. à la périph.	»	Bon	Bon
22	Julienne R...	3	2 acc. à terme.	»	A son entrée au début du travail.	9	3140 650		Plac. bilobé cotyl. dégénérés 1 foy. anc. 1 récent.	9 jours après il y a encore 0,75.	Bon	Bon
23	L...	5	4 gross. antér. à terme 6 m. 1/2, 5, 8.	»	7 j. av. énorme quant. au moment de l'accouch.	6 1/2	4450 330		1 foy. hémor. réc.	»	Assez mauvais	Bon
24	Julie B...	3	2 norm. à terme.	»	Au déb. du travail	8	2400 400		Couronne de moy. hémorrhagiques.	Après l'accouchement.	Mort 9 j. après	Bon

C. — Principales albuminuriques sans lésions placentaires.

NOMBRES	Noms.	Constatation de l'albumine.	Terme.	Poids.		Disparition de l'albumine.	Etat à la sortie	
				Enfant	Placenta.		Enfant	Mère
1	Constance A...	Début du travail.	9	2950	490	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
2	Elise V...	Début du travail.	9	3630	850	2 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
3	W...	Début du travail.	9	3500	4 5	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
4	T...	Début du travail.	9	2610	440	Après l'accouchement.	Bon	Bon
5	Laure L...	9 jours avant l'accouchement	8 1/2	2730	450	9 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
6	Antoinette J...	Début du travail.	9	2815	460	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
7	Augustine C...	Début du travail.	8 1/2	3100	480	2 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
8	Marié S...	33 jours av. l'accouchement.	9	2990	490	5 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
9	Félicie M...	29 jours av. l'accouchement.	?	1940	350	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
10	Françoise C...	Début du travail.	8	3030	360	Après l'accouchement.	Bon	Bon
11	Maria B...	Début du travail.	8	3090	530	Après l'accouchement.	Bon	Bon
12	P...	Début du travail.	9	3870	500	Après l'accouchement.	Bon	Bon
13	Thérèse W...	Début du travail.	9	3500	550	22 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
14	Marie T...	Début du travail.	9	2900	430	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
15	Joséphine B...	15 jours av. l'accouchement.	8 1/2	2840	610	Après l'accouchement.	Bon	Bon
16	D...	17 jours avant	8	3630	630	11 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
17	Lucie P...	2 jours avant	9	3200	660	8 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
18	Léontine G...	1 jour avant	8 1/2	2650	470	Après l'accouchement.	Bon	Bon
19	Léonie B...	20 jours av. l'accouchement.	9	2720	620	8 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
20	Juliette C...	26 jours av. l'accouchement.	8	3180	550	Après l'accouchement.	Bon	Bon
21	Adèle P...	Début du travail.	8	3220	500	2 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
22	Eugénie G...	A 7 mois et au début du tr.	8 1/2	3170	400(?)	Après l'accouchement.	Bon	Bon
23	Mélanie B...	6 jours avant l'accouchement.	8 1/2	9828	370	26 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
24	Jeanne B...	Après l'accouchement.	9	3130	660	16 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
25	Eugénie C...	Début du travail.	9	3660	540	Lendemain de l'accouchement	Bon	Bon
26	Annette M...	Début du travail.	9	3320	660	9 j. après il y a encore 0,75 d'alb.	Bon	Bon
27	Louise F...	Début du travail.	8 1/2	3040	540	Après l'accouchement.	Bon	Bon
28	Marie C...	Début du travail.	9	3380	560	8 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
29	Elisa V...	Début du travail.	7	4145	?	15 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
30	Marie M...	45 jours av. l'accouchement.	9	780		15 jours après il y a encore Moris sans-sitôt nés	Bon	Bon
31	Marie B...	88 jours av. l'accouchement.	9	3340	550	15 j. après il y a encore 0,20 d'alb.	Bon	Bon
32	Lima B...	Début du travail.	8 1/2	3300	520	24 jours avant l'accouchement.	Bon	Bon
33	Marie S...	9 jours avant l'accouchement	8 1/2	2570	450	18 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
			8	2170	380	15 jours après l'accouchement.	Bon	Bon

C. — Primipares albuminuriques sans lésions placentaires.

NOMBRÉS	Noms.	Constatation de l'albumine.	Terme.	Poids.		Disparition de l'albumine.	Etat à la sortie.	
				Enfant	Placenta.		Enfant	Mère.
34	Eugénie G...	8 jours av. l'accouchement.	8	2125	645	44 jours après l'accouchement.	Bon	l'on
35	Baptistine P...	18 jours av. l'accouchement.	8	2850	470	10 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
36	Marie G...	Début du travail.	8 1/2	3030	500	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
37	Eugénie D...	Début du travail.	8 1/2	2280	400	Après l'accouchement.	Bon	Bon
38	Marie M...	Début du travail.	9	3480	500	Après l'accouchement.	Bon	Bon
39	Madeline B...	Début du travail.	9	2730	520	20 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
40	Eugénie P...	Début du travail.	9	3280	570	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
41	Emma P...	21 jours av. l'accouchement.	9 1/2	3180	560	47 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
42	Almarine M...	Début du travail.	8	3160	380	9 jours avant l'accouchement.	Bon	Bon
43	Eugénie S...	Début du travail.	8 1/2	3670	345	Après l'accouchement.	Bon	Bon
44	Louise C...	Début du travail.	8	2910	360	Après l'accouchement.	Bon	Bon
45	Marie B...	Début du travail.	9	2480	455	40 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
46	Edma B...	Début du travail.	9	2770	390	Après l'accouchement.	Bon	Bon
47	Marie M...	Début du travail.	8 1/2	2270	500	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
48	Françoise B...	19 jours av. l'accouchement.	8	4580	355	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
49	Jeanne C...	6 jours av. l'accouchement.	8	2700	480	10 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
50	Jolie S...	Début du travail.	8 1/2	2450	400	12 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
51	Emilie B...	Pendant l'accouchement.	9	2550	460	Lendemain de l'accouchement.	Bon	Bon
52	Lucie G...	8 jours av. l'accouchement.	9	2950	460	Après l'accouchement.	Bon	Bon
53	Valentine D...	Début du travail.	9	3200	530	10 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
54	Flora K...	Début du travail.	7 1/2	2200	540	12 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
55	Félicité D...	Début du travail.	9	2900	440	9 jours après il y a encore 0,15.	Bon	Bon
56	Henriette B...	Début du travail.	8 1/2	2640	460	6 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
57	Marie P...	Début du travail.	8 1/2	2350	380	2 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
58	Pauline L...	Début du travail.	8 1/2	3390	500	Après l'accouchement.	Bon	Bon
59	Henriette C...	Début du travail.	9	2870	480	43 jours après.	Bon	Bon
60	Suzanne V...	Début du travail.	7 1/2	2440	410	9 jours après.	Bon	Bon
61	D...	Début du travail.	7	1960	750	7 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
62	R...	2 jours avant l'accouchement.	9	1890	500	6 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
63	Marie M...	Début du travail.	9	3130	580	7 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
64	Marguerite B...	Début du travail.	8	3810	350	8 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
65	Marie B...	Lendemain de l'accouchement.	9	2260	420	14 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
66	Marie D...	Début du travail.	9	2170	570	8 jours après l'accouchement.	Bon	Bon

C. — Primipares albuminuriques sans lésions placentaires.

NUMÉROS.	Noms.	Constatacion de l'albumine.	Terme.	Poids.		Disparition de l'albumine.	Etat à la sortie.	
				Enfant.	Placenta.		Enfant.	Mère.
67	Camille B...	Début du travail.	9	3040	570	Après l'accouchement.	Bon	Bon
68	Marie S...	Début du travail.	9	3130	550	21 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
69	Angeline L...	Début du travail.	8 1/2	2890	510	Après l'accouchement.	Bon	Bon
70	Léocadie M...	4 jours avant l'accouchement	9	3270	600	4 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
71	Marie F...	3 jours avant l'accouchement	9	3070	600	4 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
72	Julia R...	Avant le travail.	8 1/2	2340	450	Après l'accouchement.	Bon	Bon
73	Cécile H...	8 jours avant l'accouchement	9	3060	600	Après l'accouchement.	Bon	Bon
74	Blanche V...	7 jours avant l'accouchement	9	2760	410	1 jour après la constatation.	Bon	Bon
75	Léontine L...	Avant le début du travail.	8 1/2	2770	550	Après l'accouchement.	Bon	Bon
76	J...	Avant le travail.	9	2860	460	Après l'accouchement.	Bon	Bon
77	Alice B...	Début du travail.	9	2750	500	4 jours après.	Bon	Bon
78	Marie M...	Début du travail.	9	2350	540	Après l'accouchement.	Bon	Bon
79	Hélène C...	Début du travail.	9	2850	410	Après l'accouchement.	Bon	Bon
80	Marie E...	6 jours avant l'accouchement	8 1/2	2490	430	7 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
81	Jeanne B...	Début du travail.	9	2500	490	9 jours après il y a encore 0,15.	Bon	Bon
82	M...	Début du travail.	9	3050	480	4 jours après l'accouchement.	Bon	Bon
83	Berthe C...	Début du travail.	8 1/2	2970	520	Après l'accouchement.	Bon	Bon
84	Mathilde G...	Début du travail.	9	3460	510	Après l'accouchement.	Bon	Bon
85	Marie B...	Début du travail.	9	2820	580	Après l'accouchement.	Bon	Bon
86	V...	Début du travail.	8 1/2	2260	370	Après l'accouchement.	Bon	Bon
87	Catherine V...	Début du travail.	8	2950	490	Après l'accouchement.	Bon	Bon
88	D...	15 jours av. l'accouchement.	7 1/2	1870	420	1 mois après il y a encore 2 gr. d'alb.	Mort le 5 ^e	Bon
89	B...	Avant le travail, 9 grammes.	7 1/2	2040	790	1 mois après il y a encore 0,10.	jour.	Bon
90	Anna R...	Avant le travail, traces d'alb.	8 1/2	3070	400	Après l'accouchement.		
91	C...	Début du travail.	9	2870	860			
92	Marie B...	Début du travail 3 grammes.	8 1/2	2430	530	13 jours après il y a encore 0,15.		
93	Louise R...	Début du travail.	7 1/2	1960	750	Lendemain de l'accouchement.	Bon.	Bon.
94	Victoire V...	Début du travail.	7	1790	490	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
95	Raymonde P.	Avant le début du travail, albumine 9 grammes.	9	3320	790	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.

D. — Multipares-albuminuriques sans lésions placentaires.

Numéros	Noms	Parité	Grossesses antérieures	Constatacion de l'albumine	Terme	Poids		Disparition de l'albumine	État à la sortie	
						Enfant	Placenta		Enfant	Mère
1	Marie T...	2	Accouchement à 6 mois, enfants vivants.	4 jours avant l'accouchement.	9	3200	529	12 jours après.	Bon.	Bon.
2	Marie T...	2	1 accouchement normal enfant vivant.	Début du travail.	6 1/2	4400	400	Après l'accouchement.	Mort le 7 ^e jour.	Bon.
3	Esther A...	2	1 accouchement normal enfant vivant.	10 jours avant l'accouchement.	9	3450	550	4 jours après.	Bon.	Bon.
4	B...	2	1 accouchement normal	Début.	9 (?)	3420	440	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
5	B...	3	2 grossesses normales.	14 jours avant.	9	3570	600	Lendemain de l'accouch.	Bon.	Bon.
6	Jeanne D...	7	3 fausses couches à 4, 6, 2, mois, 3 grossesses normales.	Début du travail.	6	4100	450	Après l'accouchement.	Mort le 1 ^{er} jour.	Bon.
7	M...	7	"	Début du travail. Eclampsie.	7	4380	410	"	Mort-né.	Mort le jour même de l'a.
8	P...	2	1 grossesse normale.	84 jours avant l'accouch.	9	3520	530	Lendemain de l'accouch.	Bon.	Bon.
9	Zoé L...	7	6 grossesses normales.	Début du travail.	9	3040	380	Lendemain de l'accouch.	Bon.	Bon.
10	Julie G...	4	3 grossesses normales.	12 jours avant l'accouch.	7 1/2	1860	780	30 jours après l'accouch.	Bon.	Bon.
11	Céleste F...	2	1 acc. avec éclampsie enfant vivant.	Début du travail.	9	3500	730	6 jours après l'accouchement.	Bon.	Bon.
12	C...	2	1 accouchement normal.	13 jours avant.	8 1/2	2930	440	11 jours après.	Bon.	Bon.
13	Lucie G...	2	1 grossesse normale.	Début du travail.	9	4220	680	Lendemain de l'accouch.	Bon.	Bon.
14	Francine G...	2	1 grossesse normale	5 jours avant l'accouchement.	8 1/2	3950	450	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
15	Mahide R...	3	2 grossesses normales.	14 jours avant.	9	2540	450	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
16	Désirée F...	7	2 fausses couches traumati- ques, 4 grossesses normales.	Début du travail.	8	2670	430	"	Mort le 5 ^e jour.	Morte de pneumonie double le 9 ^e j. après.
17	Clémence M...	2	1 fausse couc. à 5 mois.	Début du travail.	9	3520	480	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
18	Clotilde D...	2	1 grossesse normale.	12 jours avant l'accouch.	8 1/2	2350	330	15 jours après.	Bon.	Bon.
19	Marie G...	3	2 grossesses normales.	Début du travail.	9	3970	490	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
20	Rosalie P...	2	1 grossesse normale	27 jours avant.	8 1/2	3330	480	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
21	Marie C...	2	Avortement à 4 mois 1/2	19 jours avant.	9	2820	1090	5 jours après.	Bon.	Bon.
22	Augustine P.,	7	2 fausses couches à 2 et 6 mois, 4 accouch. spontané en- fant vivants.	54 jours avant l'accouchement.	9	2470	650	Lendemain de l'accouch.	Bon.	Bon.

D. — Multipares-albuminuriques sans lésions placentaires (Suite).

Numéros	Noms	Partie	Grossesses antérieures	Constatacion de l'albumine	Terme	Poids		Disparition de l'albumine	État à la sortie	
						Enfant	Placenta		Enfant	Mère
23	Marie B...	2	1 accouchement normal.	Début du travail.	9	2810	400	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
24	Marie M...	2	1 accouchement normal.	Début du travail.	9	3590	600	8 jours après l'accouch.	Bon.	Bon.
25	Victorine I...	2	1 accouchement normal.	85 jours avant l'accouch.	9	4220	700	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
26	D...	3	2 accouchements normaux.	2 jours avant.	8 1/2	2400	530	8 jours après.	Bon.	Bon.
27	Eugénie L...	5	2 avortements à 3 mois.	9 jours avant l'accouchement.	7 1/2	2800	360	12 jours après.	Bon.	Bon.
28	Marie V...	16	11 normaux. 1 gémellaire. 1 prématuré, 1 à 7 mois. 1 avortement à 4 mois.	Début du travail.	9	3410	540	15 jours après il y a encore 0,50 d'albumine.	Bon.	Bon.
29	Emilie J...	2	1 accouchement normal.	Début du travail.	9	2750	330	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
30	P...	2	1 accouchement normal.	Début du travail.	8 1/2	2500	1250	11 jours après.	1 mort le 11 ^e jour.	Bon.
31	G...	7	6 grossesses normales.	20 jours avant l'accouch.	9	2150	450	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
32	Stéphanie P...	8	7 grossesses normales.	28 jours avant l'accouch.	8	2580	510	7 jours après.	Bon.	Bon.
33	Marie V...	7	6 grossesses normales.	Début du travail.	9	2500	510	2 jours après.	Bon.	Bon.
34	Hélène B...	2	1 accouchement normal.	43 jours avant l'accouch.	9	3290	440	30 jours après.	Bon.	Bon.
35	Irna D...	4	2 avortements à 6 et 5 mois enfants morts, 1 accouchement normal.	Début du travail.	7	2620	630	34 jours après.	Mort le 8 ^e j.	Bon.
36	Marie D...	5	2 accouchements normaux. 2 fausses couches 3 et 2 mois.	Début du travail.	9	1190	280	2 jours après	Mort-né.	Bon.
37	Marie M...	2	1 accouchement normal.	30 jours avant l'accouch.	9	2500	350	25 jours avant l'accouch.	Bon.	Bon.
38	Adrienne P...	2	1 accouchement normal.	28 jours avant.	9	3380	540	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
39	Adèle B...	4	3 accouchements normaux.	27 jours avant.	9	3050	450	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
40	B...	2	1 accouchement à terme.	Début du travail.	9	4380	450	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
41	Aimée D...	2	1 siège enfants morts. Expulsion prématurée causée par un jumeau mort.	3 jours avant l'accouch.	8 1/2	3370	530	9 jours après.	Bon.	Bon.
44						2860	440		Bon.	Bon.

D. — Multipares-albuminuriques sans lésions placentaires (Suite).

Numéros.	Noms	Parté	Grossesses antérieures	Constatacion de l'albumine	Terme	Poids. Enfant	Disparition de l'albumine	État à la sortie	
								Mère	Enfant
42	Emma P...	32	accouchements normaux.	Début du travail.	9	3100	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
43	Mathilde M...	52	fausses couches. 2 accouchements normaux.	1 jour avant l'accouchement.	8	3220	»	Bon.	Bon.
44	Marie C...	21	1 ^{re} grossesse normale.	Début du travail.	8	2480	Après l'accouchement.	Mort le 2 ^{or} jour.	Bon.
45	Adèle L...	15	2 ^e avant terme, enfant mort né 3 ^e 4 ^e et 5 ^e à 7 mois, les enfants ne vécurent que 10 minutes	9 jours avant.	7 (?)	1740	»	Mort le 2 ^e jour.	Bon.
46	Louise S...	21	1 ^{re} grossesse gémellaire à 3 1/2. - Tous les autres accouch. avant terme à 7, 7 1/2 mois. Enfants d'un même père.	7 jours avant.	9	3490	Lendemain de l'accouch.	Bon.	Bon.
47	B...	21	accouchement à terme sommet enfant vivant.	Début du travail.	9	3200	1 jour après.	Bon.	Bon.
48	B...	21	accouchement avant terme enfant vivant.	23 jours avant.	9	2860	2 jours après la constatation.	Bon.	Bon.
49	M...	21	1 ^{re} accouch. à 7 mois enfant mort 15 jours après.	Début du travail.	9	3060	Après l'accouchement.	Mort 4 j. après.	Bon.
50	R...	21	accouchement à 8 mois sommet spontané.	Début du travail.	8	2940	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
51	Maria L...	24	accouchements à terme enfant mort pendant le travail.	Début du travail.	9	3480	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.
52	Maria V...	21	1 ^{re} accouchement à terme sommet spontané, enfant vivant.	Au début du travail traces d'albumine.	9	3600	Après l'accouchement.	Bon.	Bon.

Syphilis.

Age de la grossesse	Sexe, Etat du fœtus	Poids du fœtus	Poids du placenta
9 mois	Féminin vivant	1980	450
»	Masculin vivant	2000	620
»	Féminin vivant	2380	570
»	Féminin vivant	2400	580
»	Féminin vivant	2420	550
»	Masculin vivant	2500	610
»	Masculin vivant	2500	725
»	Féminin vivant	2530	570
»	Masculin vivant	2640	720
»	Féminin vivant	2730	620
»	Féminin vivant	2760	600
»	Masculin vivant	2820	610
»	Masculin vivant	2880	650
»	Féminin vivant	2950	630
»	Féminin vivant	2965	725
»	Masculin vivant	3010	610
»	Masculin vivant	3050	760
»	Féminin vivant	3040	650
»	Masculin mort	3070	650
»	Féminin vivant	3080	708
»	Féminin vivant	3080	750
»	Masculin vivant	3090	740
»	Féminin mort	3120	750
»	Féminin vivant	3120	730
»	Masculin vivant	3125	750
»	Masculin vivant	3125	730
»	Masculin vivant	3180	670

9 mois	Féminin	vivant	3200	950
»	Masculin	vivant	3240	620
»	Féminin	vivant	3250	720
»	Masculin	vivant	3260	780
»	Masculin	mort	3540	880
»	Féminin	vivant	3550	690
»	Féminin	vivant	3670	810
»	Masculin	vivant	2380	650
»	Féminin	macéré	2750	540
»	Féminin	macéré	1530	450
»	Féminin	macéré	2318	570
»	Féminin	mort	2998	610
»	Féminin	mort	3250	940
»	Masculin	macéré	3540	880
»	Masculin	vivant	3590	560
»	Féminin	mort	3170	570
»	Masculin	vivant	2625	630
»	Féminin	vivant	2520	620
»	Masculin	vivant	3030	580
»	Féminin	vivant	3350	500
8 mois	Masculin	mort	1630	470
»	Masculin	mort	1740	540
»	Féminin	vivant	1750	545
»	Féminin	vivant	1920	510
»	Masculin	mort	2090	540
»	Féminin	mort	2340	720
»	Masculin	vivant	2530	800
»	Féminin	vivant	3420	670
»	Féminin	mort	1480	470
»	Masculin	vivant	1560	440
»	Féminin	mort	1980	510
»	Masculin	vivant	2080	780

8 mois	Féminin	vivant	2190	510
»	Masculin	vivant	2370	700
»	Masculin	vivant	2670	530
»	Féminin	vivant	3160	740
»	Féminin	vivant	3160	850
»	Féminin	vivant	3350	740
»	Féminin	vivant	2620	550
»	Masculin	mort	2300	560
»	Féminin	mort	2030	570
»	Féminin	mort	2320	720
»	Féminin	mort	2010	600
»	Féminin	vivant	1760	340
»	Masculin	mort	2380	520
»	Masculin	mort	2940	620
»	Masculin	mort	2090	540
7 mois 1/2	Masculin	vivant	1250	510
»	Féminin	mort	1480	410
»	Féminin	mort	1720	600
»	Féminin	mort	1730	480
»	Féminin	mort	2140	790
»	Féminin	mort	2200	850
»	Féminin	mort	2600	760
»	Masculin	mort	1510	440
»	Masculin	mort	1480	300
»	Féminin	mort	2200	540
7 mois	Féminin	mort	560	340
»	Féminin	mort	750	350
»	Masculin	mort	850	330
»	Masculin	mort	940	430
»	Masculin	mort	970	420
»	Masculin	mort	1190	280
»	Masculin	mort	1210	480

7 mois	Féminin	mort	1690	520
»	Féminin	mort	1700	430
»	Féminin	mort	1720	450
»	Féminin	mort	1770	730
»	Féminin	mort	1830	470
»	Féminin	mort	1980	550
»	Masculin	mort	2220	1000
»	Masculin	mort	1020	350
»	Féminin	mort	1670	480
»	Féminin	mort	1650	610
»	Masculin	mort	1490	450
4 mois 1/2	Masculin	mort	200	180
5 mois	Masculin	mort	720	200
5 mois 1/2	Masculin	mort	630	120
6 mois	Féminin	macéré	840	250
»	Masculin	mort	820	450
6 mois 1/2	Féminin	vivant	2000	530
»	Masculin	mort	1370	400

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Au simple examen de ces chiffres nous pouvons faire deux remarques :

1° Même lorsque l'albuminurie laisse la grossesse évoluer jusqu'à terme, le poids moyen du fœtus et du placenta est inférieur au poids moyen du fœtus et du placenta à l'état normal. En prenant comme type de comparaison les chiffres de Zentler pour sa moyenne des fœtus pesant de 3.000 à 3,500.

Nous y trouvons en effet :

A l'état normal, fœtus de 3,000 à 3,500, moyenne de 3307 pour le fœtus, 546 pour le placenta.

Nos chiffres nous donnent chez les albuminuriques à terme :

a. — S'il y a lésions placentaires, 3105 pour le fœtus — 532 pour le placenta.

b. — Sans lésions placentaires, 3152 pour le fœtus, 522 pour le placenta.

2° Si nous envisageons ces mêmes chiffres et que nous en tirions le rapport chiffré du poids du fœtus au poids du placenta, nous trouvons que, à l'état normal le placenta pèse un *sixième* du poids du fœtus chez les albuminuriques avec lésions placentaires un *cinquième*, huit du poids du fœtus, et chez les albuminuriques sans lésions placentaires, un *sixième*, deux du poids du fœtus.

Sans vouloir demander à ces chiffres plus qu'ils ne peuvent prouver et tout en constatant qu'en somme ils s'éloignent peu du rapport normal, nous pouvons constater que chez nos albuminuriques le rapport du poids du fœtus au poids du placenta s'est écarté de la moyenne normale. Le placenta devant peser d'après la moyenne un sixième du poids du fœtus à l'état normal, représenterait dans l'albuminurie un cinquième, huit, ou un sixième deux du poids du fœtus, c'est-à-dire un poids plus considérable qu'à l'état normal. Or, si nous regardons les poids moyens du placenta albuminurique, ils sont inférieurs aux poids des placentas normaux, aussi bien quand il y a lésion que quand il n'y a pas lésion du placenta. D'autre part, le poids moyen du fœtus de mère albuminurique est aussi inférieur aux poids moyens du même âge, mais de mère saine, et le poids du fœtus de mère albuminurique est d'autant plus au-dessous du poids normal moyen que le placenta est ou n'est pas altéré (voir plus haut moyenne du poids du fœtus, avec lésions placentaires sans lésions placentaires).

Il ressort donc clairement de ce qui précède que si dans l'albuminurie avec lésions placentaires le poids moyen du placenta représente un *cinquième, huit* du poids du fœtus, c'est-à-dire un poids plus considérable que normalement où le poids du placenta représente un sixième du poids du fœtus, c'est le poids relatif du placenta et non son poids absolu qui est augmenté puisque nous venons de voir que celui-ci était supérieur au poids moyen (1).

1. Il ne peut être question en ce moment de l'influence que peut avoir le nombre des altérations anatomiques du placenta sur

Chez les femmes albuminuriques sans lésions placentaires nous avons trouvé que le placenta pesait un sixième, deux du poids du fœtus, c'est-à-dire un poids moins considérable que le poids moyen du placenta normal. Mais c'est encore du poids relatif qu'il s'agit ici ; et le poids absolu, nous l'avons vu, est, lui aussi, inférieur au poids normal du placenta.

Donc, avec ou sans lésions placentaires, quand la mère est albuminurique le *poids absolu* du placenta paraît diminué. Mais le *poids relatif* du placenta paraît augmenté s'il y a lésion placentaire, paraît diminué s'il n'y a pas lésions placentaires. L'explication de ces variations dans le poids *relatif* se trouve nettement compliquée par les poids du fœtus, qui sont inférieurs aux poids moyens du fœtus à l'état normal, mais le sont d'une façon plus prononcée s'il y a lésion placentaire, et l'on peut comprendre comment le poids relatif du placenta augmente ou diminue suivant que celui du fœtus est plus ou moins diminué par le fait des lésions placentaires.

Nous trouvons donc là une confirmation chiffrée de ce que nous enseigne tous les jours M. le professeur Pinard, à savoir : que l'albuminurie entraîne un ralentissement dans le développement de l'œuf tout entier et nous y voyons aussi que si le placenta est altéré, son poids relatif augmente par rapport au fœtus qui diminue, son déve-

ses qualités physiques et en particulier sur son poids, ces lésions étant peu étendues puisque dans les cas qui nous occupent la grossesse est allée jusqu'à terme, et même en dehors de ces considérations cette notion ne pourrait apporter que des différences négligeables, de quelques grammes.

loppement et son existence même se trouvant compromises par le fait des lésions placentaires.

Il nous paraît intéressant de rapprocher ces faits, de ce que l'on a signalé dans la syphilis, à propos du rapport du poids du fœtus au poids du placenta. D'après les recherches de Correa Dias, le poids moyen du fœtus à terme en cas de syphilis est de 2219 et le poids du placenta de 681.

Le rapport chiffré est donc le suivant, que dans la syphilis le poids du placenta est au-dessus du poids moyen du placenta normal. Celui-ci pesant un sixième du poids du fœtus, celui-là pèse un quart du poids du fœtus. Il est ici manifeste que c'est l'augmentation du poids absolu du placenta qui crée ce nouveau rapport. Cela cadre bien avec ce que nous enseigne la clinique. Les fœtus syphilitiques à terme sont bien développés mais ils ont le plus souvent de gros placentas pesant 600, 700, 800 et même 1000 grammes.

Nous n'avons parlé dans les considérations précédentes que du rapport du poids du placenta au poids du fœtus chez les albuminuriques à terme. Avant terme nos chiffres sont encore plus significatifs, au point de vue de l'arrêt de développement de l'œuf. Mais ici nous ne voudrions pas formuler de rapport du poids du fœtus au poids du placenta. Car il doit forcément varier dans des proportions très considérables, suivant que les altérations placentaires ont provoqué une émaciation lente du fœtus ou des accidents aigus amenant l'interruption brusque de la grossesse.

En résumé, l'albuminurie entraîne un développement

moindre de l'œuf, caractérisé surtout par une diminution du poids du fœtus d'autant plus marquée qu'il y a des lésions dans le placenta. Cette diminution du poids du fœtus a comme conséquence une augmentation du poids relatif, mais du poids relatif seulement du placenta, et ces remarques confirment pleinement les notions cliniques que nous possédions.

CONCLUSIONS

1° Lorsqu'aucune cause n'a entravé le développement du placenta ou du fœtus, il existe un rapport constant entre le poids du fœtus et le poids du placenta à terme.

2° L'albuminurie entraîne un développement moindre de l'œuf, caractérisé surtout par une diminution du poids du fœtus, diminution en rapport avec les lésions placentaires et absolument sous leur dépendance. Cette diminution du poids du fœtus a comme conséquence une augmentation du poids relatif, mais du poids *relatif* seulement du placenta, le poids *absolu* se trouvant diminué.

3° Le poids du placenta syphilitique présente une augmentation de son poids absolu.

Vu par le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

